



FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

S. CORSO, MD      J. GUTTMAN, MD

John Akhnoukh, MD

TIPO DE CITA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

PUEBLO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_

SI ES MENOR A 18 AÑOS, NOMBRE DE LOS PADRES:

CELULAR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

SEXO (MARCAR UNA OPCIÓN)    MASCULINO    FEMENINO

**MOTIVO DE LA VISITA (PARTE DEL CUERPO)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CÓMO OCURRIÓ (NF/WC)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿ESTABA RELACIONADO CON EL TRABAJO?      Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿TUVO UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO?      Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

FECHA EN LA QUE COMENZARON LOS SÍNTOMAS \_\_\_\_\_

IZQUIERDA O DERECHA \_\_\_\_\_

¿LE HICIERON RADIOGRAFÍAS?      Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿DÓNDE? \_\_\_\_\_

FECHA DE LAS RADIOGRAFÍAS \_\_\_\_\_

**CÓMO SUPO DE NOSOTROS (MARQUE UNA OPCIÓN)** \_\_\_\_\_

MÉDICO DE CABECERA

REDES SOCIALES

PUBLICIDAD

FAMILIA/AMIGOS

OTROS (POR FAVOR, DETALLE) \_\_\_\_\_

MÉDICO REMITENTE \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

MÉDICO DE CABECERA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

-----  
NOMBRE DE LA FARMACIA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

NOMBRE DEL SEGURO PRINCIPAL

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

\_\_\_\_\_  
TITULAR DE LA PÓLIZA

\_\_\_\_\_  
TITULAR DE LA PÓLIZA

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE PÓLIZA

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE PÓLIZA

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE GRUPO

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE GRUPO

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE

**ORDEN DE PAGO DEL SEGURO**

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar un reclamo de seguro y autorizo el pago directo a New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C. Entiendo que soy económicamente responsable por el tratamiento brindado. (Si el seguro es de un menor, el padre o tutor debe firmar)

**FIRMA LEGAL:**

\_\_\_\_\_  
**DATE:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN/FIRMA EN ARCHIVO**

Autorizo el uso de este formulario para todas mis presentaciones de seguros, la liberación de información a todas las compañías de seguros o ajustador involucrados en este caso. Autorizo el pago directamente a New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C. en la dirección designada por el consultorio. Autorizo a que se utilice una copia de esta autorización en lugar del ORIGINAL. Autorizo a New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C. a presentar un reclamo ante el comisionado de seguros por cualquier motivo en mi nombre. Autorizo a New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C. a actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago de todas mis compañías de seguros. Esta es una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo la información de la póliza de seguro que he proporcionado a la clínica.

**SU SEGURO**

Hemos hecho arreglos previos con muchas aseguradoras y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Facturaremos aquellos planes con los que tenemos un acuerdo y sólo le pediremos que pague el Co-Pago autorizado al momento del servicio. La política de nuestra oficina es cobrar el Co-Pago cuando usted llega a su cita. Si usted tiene una cobertura de seguro con un plan con el que NO TENEMOS un acuerdo previo, prepararemos y enviaremos el reclamo por usted en una base no asignada. Su aseguradora le enviará el pago directamente a usted, y usted es responsable de firmar el cheque junto con cualquier Formulario de Explicación de Beneficios (EOB) que se relacione con los servicios prestados. Los pacientes serán responsables de las cantidades deducibles y de cualquier saldo de su compañía de seguros. Esto incluye, pero no se limita a, aparatos ortopédicos, férulas y cualquier otro producto médico duradero y suministros proporcionados a usted por nuestra oficina. En el caso de que su plan de salud determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable de los cargos en su totalidad. Los pagos se deben hacer al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina de facturación. Es la responsabilidad del paciente obtener la referencia o autorización necesaria de su compañía de seguros para ser visto. Si esta información no está en el archivo de la compañía de seguros antes de su visita, usted será responsable de todos los servicios prestados para esa fecha de servicio.

**FORMULARIO DE AUTORIZACION DEL PACIENTE**

"Por la presente autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica u otro centro médico o relacionado con la medicina a proporcionar todos y cada uno de los registros, el historial médico, los servicios prestados o el tratamiento dado a mí o a cualquier dependiente con el fin de revisar, investigar o evaluar cualquier reclamo presentado a mi compañía de seguros. También autorizo a mi compañía de seguros a revelar información a un hospital o plan de servicios de sanidad, auto asegurador o cualquier información médica obtenida, si dicha revelación es necesaria para permitir la tramitación del reclamo. Si mi cobertura está en virtud de un contrato de Grupo celebrado por un empleador, una asociación, un fondo fiduciario, un sindicato o una entidad similar, esta autorización también permite la divulgación a ellos con fines de revisión de utilización o auditoría".

**FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO**

Reconozco que la Notificación de Procedimientos de Privacidad está expuesta a la vista en esta oficina, y si lo solicito, puedo tener una copia de dicha notificación para mis archivos o la oportunidad de revisarla.

**REGISTRO DE DIVULGACIÓN DEL PACIENTE**

Deseo que se pongan en contacto conmigo de la siguiente manera (MARQUE TODAS LAS QUE SE APLIQUEN) CASA \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_  
CELULAR \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

FIRMA COMUNICACIONES ESCRITAS (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

CORREO A LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ CORREO A LA DIRECCIÓN DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

Autorizo a que se pongan en contacto o hablen con las siguientes personas en relación con mi atención:

NOMBRE \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

"VERIFICO LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN SEGÚN LO DISPUESTO EN ESTE FORMULARIO. TAMBIEN AUTORIZO LA ASIGNACION DE BENEFICIOS DIRECTAMENTE A NEW YORK ORTHOPAEDIC & COMPREHENSIVE MEDICAL SERVICES, P.C. ENTIENDO QUE SOY ECONOMICAMENTE RESPONSABLE POR EL TRATAMIENTO BRINDADO. AUTORIZO A NEW YORK ORTHOPAEDIC & COMPREHENSIVE MEDICAL SERVICES, P.C. A PRESENTAR UN RECLAMO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A SUS INTERMEDIARIOS PARA QUE EMITAN EL/LOS CHEQUE/S DE PAGO DIRECTAMENTE A NEW YORK ORTHOPAEDIC COMPREHENSIVE MEDICAL SERVICES, P.C."

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_